

令和 8 年度 院内感染対策講習会【医師】受講申込書

(講習会①)

都道府県名：

フリガナ		生年月日	西暦 年 月 日	男・女
申込者氏名				
メールアドレス				
<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; background-color: #ffe6e6;"> <p>こちらの様式による申込みは受け付けません。 大阪府行政オンラインシステムにより、お申込みください。</p> </div>				
医 施				日
臨床経験年数		年		
感染制御に関する 学会認定等の有無	無 ・ 有 ()			
厚生労働省主催 院内感染対策講習会 これまでの受講の有無	無 ・ 有		備考	

※受講申込者の方へ

各都道府県で定員が決まっており、「令和 8 年度院内感染対策講習会実施要領」に基づき受講者を決定します。
受講の可否については、都道府県より追って通知することとなり、受講可能者へは**受講決定通知書**の送付及び本講習会に係る連絡（eラーニングシステムのURLの送付等）をいたします。

この申込書に記載された個人情報は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。

令和 8 年度 院内感染対策講習会【歯科医師】受講申込書

(講習会①)

都道府県名：

フリガナ		生年月日	西暦 年 月 日	男・女
申込者氏名				
メールアドレス				
<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; background-color: #ffe6e6;"> <p>こちらの様式による申込みは受け付けません。 大阪府行政オンラインシステムにより、お申込みください。</p> </div>				
臨床経験年数		年		
厚生労働省主催 院内感染対策講習会 これまでの受講の有無	無	・	有	備考

※受講申込者の方へ

各都道府県で定員が決まっており、「令和 8 年度院内感染対策講習会実施要領」に基づき受講者を決定します。
 受講の可否については、都道府県より追って通知することとなり、受講可能者へは**受講決定通知書**の送付及び本講習会に係る連絡（eラーニングシステムのURLの送付等）をいたします。

この申込書に記載された個人情報は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。

令和 8 年度 院内感染対策講習会【看護師】受講申込書

(講習会①)

都道府県名：

フリガナ		生年月日	西暦 年 月 日	男・女
申込者氏名				
メールアドレス				
<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; background-color: #ffe6e6;"> <p>こちらの様式による申込みは受け付けません。 大阪府行政オンラインシステムにより、お申込みください。</p> </div>				
施設での役職		配属診療科		
臨床経験年数	年			
厚生労働省主催 院内感染対策講習会 これまでの受講の有無	無 ・ 有	備考		

※受講申込者の方へ

各都道府県で定員が決まっており、「令和 8 年度院内感染対策講習会実施要領」に基づき受講者を決定します。
 受講の可否については、都道府県より追って通知することとなり、受講可能者へは**受講決定通知書**の送付及び本講習会に係る連絡（eラーニングシステムのURLの送付等）をいたします。

この申込書に記載された個人情報は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。

令和 8 年度 院内感染対策講習会【薬剤師】受講申込書

(講習会①)

都道府県名：

フリガナ		生年月日	西暦 年 月 日	男・女
申込者氏名				
メールアドレス				
<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; background-color: #fff9e6;"> <p>こちらの様式による申込みは受け付けません。 大阪府行政オンラインシステムにより、お申込みください。</p> </div>				
薬				日
施設での役職		業務内容		
臨床経験年数		年		
厚生労働省主催 院内感染対策講習会 これまでの受講の有無	無	・ 有	備考	

※受講申込者の方へ

各都道府県で定員が決まっており、「令和 8 年度院内感染対策講習会実施要領」に基づき受講者を決定します。
受講の可否については、都道府県より追って通知することとなり、受講可能者へは**受講決定通知書**の送付及び本講習会に係る連絡（eラーニングシステムのURLの送付等）をいたします。

この申込書に記載された個人情報は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。

令和 8 年度 院内感染対策講習会【臨床検査技師】受講申込書

(講習会①)

都道府県名：

フリガナ		生年月日	西暦 年 月 日	男・女
申込者氏名				
メールアドレス				
<div style="border: 2px solid red; padding: 10px;"> <p>こちらの様式による申込みは受け付けません。 大阪府行政オンラインシステムにより、お申込みください。</p> </div>				
技師				日
施設での役職		配属部署		
臨床経験年数		年		
厚生労働省主催 院内感染対策講習会 これまでの受講の有無	無	有	備考	

※受講申込者の方へ

各都道府県で定員が決まっており、「令和 8 年度院内感染対策講習会実施要領」に基づき受講者を決定します。
受講の可否については、都道府県より追って通知することとなり、受講可能者へは**受講決定通知書**の送付及び本講習会に係る連絡（eラーニングシステムのURLの送付等）をいたします。

この申込書に記載された個人情報は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。